



**DECLARAÇÃO DOS FATOS PARA AUXÍLIO EM DINHEIRO, VALE-REFEIÇÃO E MEDI-CAL/  
PROGRAMA DE SERVIÇOS MÉDICOS PÚBLICOS (CMSP) DO CONDADO 34**

- Responda a todas as perguntas sobre os benefícios que você está solicitando. As respostas devem ser escritas a caneta. As siglas "CA" para Auxílio em Dinheiro, "FS" para Vale-Refeição e "MC" para Medi-Cal/CMSP do Condado 34 no lado esquerdo de cada pergunta indicam a que programa ela se refere.
- Forneça provas (como contas, registros e recibos) que sustentem as suas respostas. Informe ao funcionário quando precisar de ajuda para obter provas ou preencher o formulário. Se precisar de mais espaço, use outra folha.
- Se você estiver solicitando o Vale-Refeição e não for um membro adulto da residência, anexe uma autorização por escrito assinada pelo chefe da residência ou outro membro adulto.

**CA FS MC** ① **A. Candidato ou guardião com algum parentesco da(s) criança(s) a quem se destina o auxílio.** TELEFONE RESIDENCIAL ( )

**NOME:** ( )

ENDEREÇO RESIDENCIAL (NÚMERO, RUA) ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE) TELEFONE DURANTE O HORÁRIO COMERCIAL ( )

CIDADE ESTADO CEP CIDADE ESTADO CEP

**FS B. Você está desabrigado?** Se "SIM": Você está morando temporariamente na residência de outra pessoa?  SIM  NÃO  
 SIM  NÃO Se "SIM": Informe a data em quem você começou a morar nessa residência:

**CA C. Você recebeu um aviso para pagar o aluguel ou deixar a residência?**  SIM  NÃO

② **Informe todos os fatos para cada ADULTO morando na residência.**

**CA FS MC (A)** NOME DO ADULTO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME) STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓)  Cidadão/Natural dos EUA  
 Não Cidadão: Patrocinado  SIM  NÃO

RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO OU GUARDIÃO DA(S) CRIANÇA(S) DATA DE NASCIMENTO (MÊS DIA ANO) NÚMERO DE IDENTIDADE NACIONAL

SEXO (✓) DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA GRÁVIDA NATURALIDADE CIDADE ESTADO PAÍS  
 M  F  SIM  NÃO  SIM  NÃO

TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓) ESTADO CIVIL (✓)  
 Auxílio em Dinheiro  Vale-Refeição  Nenhum  Casado  Solteiro  Separado  
 Medi-Cal  CMSP do Condado 34  Divorciado  Matrimônio sem formalidades legais  Viúvo

**CA FS MC (B)** NOME DO ADULTO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME) STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓)  Cidadão/Natural dos EUA  
 Não Cidadão: Patrocinado  SIM  NÃO

RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO OU GUARDIÃO DA(S) CRIANÇA(S) DATA DE NASCIMENTO (MÊS DIA ANO) NÚMERO DE IDENTIDADE NACIONAL

SEXO (✓) DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA GRÁVIDA NATURALIDADE CIDADE ESTADO PAÍS  
 M  F  SIM  NÃO  SIM  NÃO

TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓) ESTADO CIVIL (✓)  
 Auxílio em Dinheiro  Vale-Refeição  Nenhum  Casado  Solteiro  Separado  
 Medi-Cal  CMSP do Condado 34  Divorciado  Matrimônio sem formalidades legais  Viúvo

**CA FS MC (C)** NOME DO ADULTO (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME) STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓)  Cidadão/Natural dos EUA  
 Não Cidadão: Patrocinado  SIM  NÃO

RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO OU GUARDIÃO DA(S) CRIANÇA(S) DATA DE NASCIMENTO (MÊS DIA ANO) NÚMERO DE IDENTIDADE NACIONAL

SEXO (✓) DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA GRÁVIDA NATURALIDADE CIDADE ESTADO PAÍS  
 M  F  SIM  NÃO  SIM  NÃO

TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓) ESTADO CIVIL (✓)  
 Auxílio em Dinheiro  Vale-Refeição  Nenhum  Casado  Solteiro  Separado  
 Medi-Cal  CMSP do Condado 34  Divorciado  Matrimônio sem formalidades legais  Viúvo

**COUNTY USE ONLY**

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or	Exemption Code 63-407.21	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)	16/17 in school/training at least	2. Under 18/50 or older (.321)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	1/2 time	3. Pregnant (.322)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	b. Mentally/physically unfit for work	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	NCR caring for dependent or
6. Ineligible alien (.221)	c. Mandatory participant in	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	ward of the court or at risk of
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)	Welfare to Work activities		FC placement (.45)
8. SSN disqualified (.222)	d. Cares for child under 6 or		Care of another ill or incap
9. IPV disqualified (.223)	incapacitated person		member of the household (.46)
10. Workfare sanctioned (.225)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of child:
11. SSI/SSP recipient (.226)	f. Participant in drug/alcohol program		- Age 6 months or under (or as
12. Ineligible student (.227)	g. 30 hour week/min. x 30		allowed under county's
13. Work req. disqualified (.228)	h. 1/2 time student in school, training		CalWORKs plan) (.471)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))	or higher education.		- Member (who previously claimed
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			.471) upon birth or adoption of
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			subsequent child(ren) (.472)
17. Fleeing felon/parole or			Pregnancy (.48)
probation violator (.224)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
18. Drug felon (.229)			

**3** Para cada **CRIANÇA** habitando a residência, fora da residência por um breve período ou declarada como dependente no imposto de renda, informe todos os fatos. Se você for uma mulher grávida, indique a criança como "não nascida" e informe a data prevista para o nascimento.

**COUNTY USE ONLY**

CA FS MC (A) NOME COMPLETO DA CRIANÇA (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)				STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓) <input type="checkbox"/> CIDADÃO/NATURAL DOS EUA <input type="checkbox"/> NÃO CIDADÃO: PATROCINADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			A CRIANÇA PRECISA DE AUXÍLIO POR QUE O PAI/ MÃE ESTÁ (MARQUE (✓) ABAIXO)		AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY)				SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO OU DATA PREVISTA PARA O NASCIMENTO (Mês, Dia, Ano)		IDADE DA CRIANÇA	FALECIDO	DEFICIENTE	AUSENTE	DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.			
NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO/PAÍS)				GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AS VACINAS ESTÃO EM DIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> CW 371					Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes:		
A CRIANÇA ESTÁ MATRICULADA EM UMA ESCOLA? (✓) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, INFORME O NOME DA ESCOLA:																
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> Vale-Refeição <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Nenhum				NOME DA MÃE												
RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO COM O GUARDIÃO DA CRIANÇA				A CRIANÇA ESTÁ MORANDO NA SUA RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			NOME DO PAI									
CA FS MC (B) NOME COMPLETO DA CRIANÇA (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)				STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓) <input type="checkbox"/> CIDADÃO/NATURAL DOS EUA <input type="checkbox"/> NÃO CIDADÃO: PATROCINADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			A CRIANÇA PRECISA DE AUXÍLIO POR QUE O PAI/ MÃE ESTÁ (MARQUE (✓) ABAIXO)		AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY)				SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO OU DATA PREVISTA PARA O NASCIMENTO (Mês, Dia, Ano)		IDADE DA CRIANÇA	FALECIDO	DEFICIENTE	AUSENTE	DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.			
NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO/PAÍS)				GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AS VACINAS ESTÃO EM DIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> CW 371					Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes:		
A CRIANÇA ESTÁ MATRICULADA EM UMA ESCOLA? (✓) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, INFORME O NOME DA ESCOLA:																
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> Vale-Refeição <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Nenhum				NOME DA MÃE												
RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO COM O GUARDIÃO DA CRIANÇA				A CRIANÇA ESTÁ MORANDO NA SUA RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			NOME DO PAI									
CA FS MC (C) NOME COMPLETO DA CRIANÇA (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)				STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓) <input type="checkbox"/> CIDADÃO/NATURAL DOS EUA <input type="checkbox"/> NÃO CIDADÃO: PATROCINADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			A CRIANÇA PRECISA DE AUXÍLIO POR QUE O PAI/ MÃE ESTÁ (MARQUE (✓) ABAIXO)		AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY)				SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO OU DATA PREVISTA PARA O NASCIMENTO (Mês, Dia, Ano)		IDADE DA CRIANÇA	FALECIDO	DEFICIENTE	AUSENTE	DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.			
NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO/PAÍS)				GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AS VACINAS ESTÃO EM DIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> CW 371					Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes:		
A CRIANÇA ESTÁ MATRICULADA EM UMA ESCOLA? (✓) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, INFORME O NOME DA ESCOLA:																
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> Vale-Refeição <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Nenhum				NOME DA MÃE												
RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO COM O GUARDIÃO DA CRIANÇA				A CRIANÇA ESTÁ MORANDO NA SUA RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			NOME DO PAI									
CA FS MC (D) NOME COMPLETO DA CRIANÇA (NOME, NOME DO MEIO, SOBRENOME)				STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓) <input type="checkbox"/> CIDADÃO/NATURAL DOS EUA <input type="checkbox"/> NÃO CIDADÃO: PATROCINADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			A CRIANÇA PRECISA DE AUXÍLIO POR QUE O PAI/ MÃE ESTÁ (MARQUE (✓) ABAIXO)		AU (✓)	NON-AU (✓)	MFBU (✓)	MFG CHILD	FS Non-HH/Excluded Member Code:			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY)				SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO OU DATA PREVISTA PARA O NASCIMENTO (Mês, Dia, Ano)		IDADE DA CRIANÇA	FALECIDO	DEFICIENTE	AUSENTE	DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.			
NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO/PAÍS)				GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	AS VACINAS ESTÃO EM DIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> CW 371					Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes:		
A CRIANÇA ESTÁ MATRICULADA EM UMA ESCOLA? (✓) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM, INFORME O NOME DA ESCOLA:																
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> Vale-Refeição <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Nenhum				NOME DA MÃE												
RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO COM O GUARDIÃO DA CRIANÇA				A CRIANÇA ESTÁ MORANDO NA SUA RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			NOME DO PAI									

<b>CA</b> <b>4</b> Informe o nome do pai/mãe da(s) criança(s) ou criança(s) ainda não nascida(s) que não mora na residência com você.	<b>COUNTY USE ONLY</b>		
NOME DO PAI/MÃE	MOTIVO PELO QUAL O PAI/MÃE NÃO MORA NA RESIDÊNCIA		
<input type="checkbox"/> Verif. on File <input type="checkbox"/> MC 13			
<b>CA</b> <b>5</b> Alguém mudou de status de cidadania/imigração nos últimos 12 meses? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
NOME	O QUE MUDOU		
	NÚMERO DO CARTÃO DE RESIDÊNCIA (SE APLICÁVEL)		
<b>CA</b> <b>6</b> <b>A.</b> Há algum filho adotivo morando na residência? Se "SIM", informe quem:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<b>FS</b> <b>B.</b> Você deseja que o(s) filho(s) adotivo(s) e e os rendimentos de adoção sejam considerados no caso do Vale-Refeição?	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
<b>CA</b> <b>7</b> Alguém já usou outro nome (de solteira, de filho(a) adotivo(a) etc.)? Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
NOME	OUTRO(S) NOME(S) UTILIZADO(S)		
NOME	OUTRO(S) NOME(S) UTILIZADO(S)		
<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
<b>CA</b> <b>8</b> <b>A.</b> Alguém reside na Califórnia? Se "NÃO", explique:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<b>CA</b> <b>B.</b> Alguém planeja ficar na Califórnia permanentemente?	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<b>CA</b> <b>C.</b> Alguém possui, aluga ou mantém uma residência fora da Califórnia?	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<b>CA</b> <b>MC</b> <b>D.</b> Alguém está recebendo atualmente assistência pública fora da Califórnia? Se "SIM", explique:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<b>CA</b> <b>E.</b> Alguém planeja deixar a Califórnia por mais de 30 dias?	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
Calif. Resident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Property  <input type="checkbox"/> PA			
<b>MC</b> <b>9</b> Você tem de 18 a 21 anos de idade e foi declarado como dependentes para fins de imposto de renda? Se Sim, informe quem:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Tax Dependent Letter Sent <input type="checkbox"/> CA 2.1			
<b>CA</b> <b>10</b> <b>A.</b> O auxílio em dinheiro ou vale-refeição de uma pessoa foi interrompido devido a: não cooperação durante uma revisão do controle de qualidade, sanções de trabalho ou treinamento ou falha em cumprir os requisitos de trabalho do Vale-Refeição para Adultos Aptos para o Trabalho e sem Dependentes (ABAWD) ou qualquer outro motivo? Se "SIM", explique abaixo:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
NOME	POR QUÊ	QUANDO	QUAL CONDADO/ESTADO
<b>CA</b> <b>FS</b> <b>B.</b> O auxílio em dinheiro ou vale-refeição de uma pessoa foi interrompido por um determinado período ou permanentemente devido a uma fraude à assistência social ou Violação Intencional do Programa, no caso do vale-refeição? Se "SIM", explique abaixo:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
NOME	POR QUÊ	QUANDO	QUAL CONDADO/ESTADO
<b>FS</b> <b>11</b> Alguém morando com você compra alimentos e prepara refeições separadamente das outras pessoas na residência? Se "SIM", informe quem:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
<b>FS</b> <b>12</b> Alguém que mora com você é maior de 60 anos e incapaz de comprar alimentos e preparar refeições separadamente devido a alguma deficiência? Se "SIM", informe quem:	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>		
Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

<b>FS</b> <b>13</b> <b>A. Você paga a alguém por refeições e/ou um quarto?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span>	<b>COUNTY USE ONLY</b>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">NOME DA PESSOA A QUEM VOCÊ PAGA</td> <td style="width:25%;">MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos</td> <td style="width:15%;">VALOR \$</td> <td style="width:15%;">FREQÜÊNCIA</td> <td style="width:20%;">Nº DE REFEIÇÕES POR DIA</td> </tr> </table>	NOME DA PESSOA A QUEM VOCÊ PAGA	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos	VALOR \$	FREQÜÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Household Elects</td> <td style="width:25%;">ROOMER</td> </tr> <tr> <td style="width:25%;">BOARDER</td> <td style="width:25%;">HH MEMBER</td> </tr> </table>	Household Elects	ROOMER	BOARDER	HH MEMBER			
NOME DA PESSOA A QUEM VOCÊ PAGA	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos	VALOR \$	FREQÜÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA									
Household Elects	ROOMER												
BOARDER	HH MEMBER												
<b>CA FS</b> <b>B. Alguém paga a você por refeições e/ou um quarto?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span> Se "SIM", preencha abaixo:													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">NOME DA PESSOA QUE PAGA A VOCÊ</td> <td style="width:25%;">MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos</td> <td style="width:15%;">VALOR \$</td> <td style="width:15%;">FREQÜÊNCIA</td> <td style="width:20%;">Nº DE REFEIÇÕES POR DIA</td> </tr> </table>	NOME DA PESSOA QUE PAGA A VOCÊ	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos	VALOR \$	FREQÜÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA								
NOME DA PESSOA QUE PAGA A VOCÊ	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Ambos	VALOR \$	FREQÜÊNCIA	Nº DE REFEIÇÕES POR DIA									
<b>FS</b> <b>14</b> <b>Alguém recebe alimentos de um dos programas a seguir?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refeitório comunitário para idosos ou deficientes</li> <li>• Programa de distribuição de alimentos operado por uma reserva nativo-americana</li> <li>• Outro programa de alimentação</li> </ul>													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">NOME</td> <td style="width:25%;">NOME DO PROGRAMA</td> <td style="width:25%;">NOME</td> <td style="width:25%;">NOME DO PROGRAMA</td> </tr> </table>	NOME	NOME DO PROGRAMA	NOME	NOME DO PROGRAMA									
NOME	NOME DO PROGRAMA	NOME	NOME DO PROGRAMA										
<b>CA FS MC</b> <b>15</b> <b>A. Alguém reside em um dos locais a seguir:</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span> Se "SIM", preencha abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrigo, centro?</li> <li>• Reserva para nativos-americanos</li> <li>• Hospital psiquiátrico/instituição mental?</li> <li>• Habitação em grupo para deficientes visuais/físicos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital ou clínica de repouso?</li> <li>• Habitação subsidiada para pessoas idosas?</li> <li>• Clínica de reabilitação para dependentes químicos?</li> <li>• Pensão?</li> <li>• Penitenciária/instituição corretora</li> </ul>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">NOME</td> <td style="width:40%;">NOME DO CENTRO, ABRIGO, HOSPITAL ETC.</td> <td style="width:15%;">DATA DE ADMISSÃO</td> <td style="width:20%;">DATA ESPERADA DE SAÍDA</td> </tr> </table>	NOME	NOME DO CENTRO, ABRIGO, HOSPITAL ETC.	DATA DE ADMISSÃO	DATA ESPERADA DE SAÍDA	FS Eligible Institution: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO  CA Eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO								
NOME	NOME DO CENTRO, ABRIGO, HOSPITAL ETC.	DATA DE ADMISSÃO	DATA ESPERADA DE SAÍDA										
<b>MC</b> <b>B. A pessoa que se encontra no hospital ou casa de repouso possui um cônjuge ou outro membro da família na residência?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span>													
<b>CA</b> <b>16</b> <b>Indique a(s) criança(s) ou adolescente(s) com 6 a 18 anos que não freqüenta a escola regularmente e explique o motivo.</b> <input type="checkbox"/> Sem criança ou adolescente com 6 a 18 anos	School Attendance Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">NOME</td> <td style="width:75%;">MOTIVO PARA NÃO FREQUENTAR A ESCOLA REGULARMENTE</td> </tr> </table>	NOME	MOTIVO PARA NÃO FREQUENTAR A ESCOLA REGULARMENTE											
NOME	MOTIVO PARA NÃO FREQUENTAR A ESCOLA REGULARMENTE												
<b>CA FS MC</b> <b>17</b> <b>A. Alguém maior de 14 anos está matriculado na escola, faculdade ou em um programa de treinamento?</b> Se "SIM", preencha abaixo: <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span>	School Enrollment Verif.: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">NOME</th> <th style="width:10%;">IDADE</th> <th style="width:30%;">NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO</th> <th style="width:20%;">MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):</th> <th style="width:15%;">UNIDADES/HORAS POR SEMANA</th> <th style="width:10%;">EMPREGADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME	IDADE	NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO	MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	EMPREGADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							Date Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FS Eligible Student: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NOME	IDADE	NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO	MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	EMPREGADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">NOME</th> <th style="width:10%;">IDADE</th> <th style="width:30%;">NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO</th> <th style="width:20%;">MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):</th> <th style="width:15%;">UNIDADES/HORAS POR SEMANA</th> <th style="width:10%;">DATA ESPERADA PARA GRADUAÇÃO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME	IDADE	NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO	MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	DATA ESPERADA PARA GRADUAÇÃO							School Enrollment Verif.: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO FS Eligible Student: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NOME	IDADE	NOME DA ESCOLA/FACULDADE/PROGRAMA DE TREINAMENTO	MATRICULADO (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Outro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	DATA ESPERADA PARA GRADUAÇÃO								
<b>CA FS</b> <b>B. Informe a seguir se alguém está matriculado em uma faculdade ou frequentando uma instituição escolar semelhante.</b>	Expenses Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">NOME</th> <th style="width:25%;">PERÍODO (✓) MARQUE O STATUS <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral</th> <th style="width:15%;">MENSALIDADE/TAXAS POR PERÍODO \$</th> <th style="width:35%;">LIVROS, MATERIAL ETC. POR PERÍODO \$</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME	PERÍODO (✓) MARQUE O STATUS <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral	MENSALIDADE/TAXAS POR PERÍODO \$	LIVROS, MATERIAL ETC. POR PERÍODO \$					Date Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
NOME	PERÍODO (✓) MARQUE O STATUS <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral	MENSALIDADE/TAXAS POR PERÍODO \$	LIVROS, MATERIAL ETC. POR PERÍODO \$										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">PERCURSO POR DIA ENTRE A ESCOLA/INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL E A RESIDÊNCIA (KM)</th> <th style="width:30%;">FREQÜÊNCIA POR SEMANA</th> <th style="width:30%;">TRANSPORTE UTILIZADO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	PERCURSO POR DIA ENTRE A ESCOLA/INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL E A RESIDÊNCIA (KM)	FREQÜÊNCIA POR SEMANA	TRANSPORTE UTILIZADO				Financial Aid: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MC 210 S-E						
PERCURSO POR DIA ENTRE A ESCOLA/INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL E A RESIDÊNCIA (KM)	FREQÜÊNCIA POR SEMANA	TRANSPORTE UTILIZADO											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">CUSTO DO TRANSPORTE POR SEMANA \$</th> <th style="width:30%;">VALOR PAGO POR SEMANA POR CARONISTAS \$</th> <th style="width:30%;">TRANSPORTE PÚBLICO (ÔNIBUS ETC.) POR DIA \$</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	CUSTO DO TRANSPORTE POR SEMANA \$	VALOR PAGO POR SEMANA POR CARONISTAS \$	TRANSPORTE PÚBLICO (ÔNIBUS ETC.) POR DIA \$										
CUSTO DO TRANSPORTE POR SEMANA \$	VALOR PAGO POR SEMANA POR CARONISTAS \$	TRANSPORTE PÚBLICO (ÔNIBUS ETC.) POR DIA \$											
<b>CA</b> <b>18</b> <b>A. Alguém menor de 20 anos está grávida ou é pai/mãe?</b> <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span> Se "SIM", preencha abaixo:	Referred to: <input type="checkbox"/> Cal-Learn <input type="checkbox"/> CW 25 <input type="checkbox"/> CW 25A <input type="checkbox"/> Referred to Welfare-to-Work												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">NOME</th> <th style="width:10%;">IDADE</th> <th style="width:50%;">MARQUE O (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Grávida <input type="checkbox"/> Pai/mãe adolescente</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME	IDADE	MARQUE O (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Grávida <input type="checkbox"/> Pai/mãe adolescente										
NOME	IDADE	MARQUE O (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Grávida <input type="checkbox"/> Pai/mãe adolescente											
<b>CA</b> <b>B. Alguém recebeu um bônus ou penalidade em dinheiro ou auxílio com assistência infantil, transporte etc do Programa Cal-Learn?</b> Se "SIM", preencha abaixo: <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span>													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">NOME</th> <th style="width:20%;">LOCAL (CONDADO)</th> <th style="width:40%;">DATA(S) DE RECEBIMENTO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME	LOCAL (CONDADO)	DATA(S) DE RECEBIMENTO										
NOME	LOCAL (CONDADO)	DATA(S) DE RECEBIMENTO											
<b>CA FS</b> <b>19</b> <b>Alguém está em greve?</b> Se "SIM", preencha abaixo: <span style="float:right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span>	Striker Regs Apply: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">NOME DO GREVISTA</th> <th style="width:70%;">NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME DO GREVISTA	NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO											
NOME DO GREVISTA	NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR/PROGRAMA DE TREINAMENTO												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">NOME DO SINDICATO</th> <th style="width:70%;">RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NOME DO SINDICATO	RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$											
NOME DO SINDICATO	RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">DATA EM QUE ENTROU EM GREVE</th> <th style="width:70%;">RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DATA EM QUE ENTROU EM GREVE	RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$											
DATA EM QUE ENTROU EM GREVE	RENTA MENSAL (ANTES DAS DEDUÇÕES) GANHA COM ESTE EMPREGO ANTES DA GREVE \$												

<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>20</b>	<b>Alguém, incluindo crianças, trabalhou ou espera trabalhar, seja meio período ou ocasional? Marque (✓) "SIM" ou "NÃO" para cada item.</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>COUNTY USE ONLY</b>
			Alguém parou de trabalhar/treinar ou se recusou a trabalhar/treinar nos últimos 60 dias?			(A) (✓) if exempt CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
			Alguém está trabalhando ou em treinamento no momento?			(B) (✓) if exempt CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
			Alguém espera estar trabalhando ou em treinamento nos próximos dois meses?			<input type="checkbox"/> Verif(s) on file for: <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
			No caso de profissional autônomo: <b>Para o Vale-Refeição:</b> Indique as despesas comerciais em uma folha de papel separada. <b>Para Auxílio em Dinheiro:</b> Marque (✓) como deseja que suas despesas comerciais sejam calculadas por mês: <input type="checkbox"/> Desconto padrão de 40% <input type="checkbox"/> Despesas comerciais reais <input type="checkbox"/> Média mensal (gastos comerciais ao ano divididos por 12 meses). <b>No caso de despesas comerciais reais,</b> você deve indicar suas despesas comerciais em uma folha de papel separada.			FS: Work history last 120 days <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>MC</b>	(A) NOME	NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO/ TREINAMENTO POR MÊS MÊS ANTERIOR _____	NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR	
			DATA(S) DO PAGAMENTO	AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SALÁRIO ANTES DAS DEDUÇÕES \$ _____ por _____	DATA DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO CHEQUE
			MOTIVO DE SAÍDA DO EMPREGO/TREINAMENTO		ÚLTIMO DIA DE TRABALHO/TREINAMENTO	RECEBEU OU ESPERA RECEBER GORJETAS OU COMISSÕES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE "SIM", PREENCHA ABAIXO: VALOR RECEBIDO \$ _____ VALOR ESPERADO \$ _____
			DATA ESPERADA DO PRÓXIMO CHEQUE	VALOR ESPERADO ANTES DAS DEDUÇÕES \$ _____	OCUPAÇÃO	
<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>MC</b>	(B) NOME	NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO/ TREINAMENTO POR MÊS MÊS ANTERIOR _____	NOME E ENDEREÇO DO EMPREGADOR	
			DATA(S) DO PAGAMENTO	AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SALÁRIO ANTES DAS DEDUÇÕES \$ _____ por _____	DATA DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO CHEQUE
			MOTIVO DE SAÍDA DO EMPREGO/TREINAMENTO		ÚLTIMO DIA DE TRABALHO/TREINAMENTO	RECEBEU OU ESPERA RECEBER GORJETAS OU COMISSÕES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE "SIM", PREENCHA ABAIXO: VALOR RECEBIDO \$ _____ VALOR ESPERADO \$ _____
			DATA ESPERADA DO PRÓXIMO CHEQUE	VALOR ESPERADO ANTES DAS DEDUÇÕES \$ _____	OCUPAÇÃO	
<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>MC</b>	<b>21 A. Alguém paga por cuidados com uma criança, adulto deficiente ou outro dependente para que possa trabalhar, ir para a escola ou procurar emprego?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Child Care Informing: <input type="checkbox"/> Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Dependent Care Verified
			Se "SIM", preencha abaixo e marque (✓) se for para trabalho ou treinamento.			DEP. CARE ELIGIBLE FS MC
			QUEM RECEBE OS CUIDADOS?	QUEM PAGA?	QUEM PROVÊ OS CUIDADOS?	VALOR PAGO/FREQÜÊNCIA \$ _____ POR _____
			QUEM RECEBE OS CUIDADOS?	QUEM PAGA?	QUEM PROVÊ OS CUIDADOS?	VALOR PAGO/FREQÜÊNCIA \$ _____ POR _____
<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>MC</b>	<b>B. Alguém paga todos os seus gastos ou parte dos seus gastos com assistência infantil?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Is there another person in household who could provide care? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			Inclua os gastos pagos por um parente ou amigo que não mora na residência, Ministério da Educação, Subvenção Global (Block Grant) etc. Se "SIM", preencha abaixo:			If "YES", who: _____
			NOME DA CRIANÇA	QUEM PAGA?	VALOR PAGO POR MÊS \$ _____	QUEM OUTRA PESSOA PAGA?
			NOME DA CRIANÇA	QUEM PAGA?	VALOR PAGO POR MÊS \$ _____	VALOR PAGO POR MÊS \$ _____
<b>FS</b>	<b>MC</b>	<b>22</b>	<b>Alguém paga pensão alimentícia para filho/esposa?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Court Order on File <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Amount Ordered: \$ _____
			Se "SIM", preencha abaixo:			
			QUEM PAGA?	PARA QUEM PAGA?	VALOR POR MÊS \$ _____	
<b>CA</b>	<b>FS</b>	<b>MC</b>	<b>23 Alguém, incluindo crianças, solicitou ou recebeu benefícios do seguro-desemprego ou seguro por incapacidade nos últimos 12 meses OU espera recebê-los futuramente?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
			Se "SIM", preencha abaixo:			
			NOME	DATA DA SOLICITAÇÃO	LOCAL (CONDADO, ESTADO)	DATA DO ÚLTIMO RECEBIMENTO
			NOME	DATA DA SOLICITAÇÃO	LOCAL (CONDADO, ESTADO)	DATA DO ÚLTIMO RECEBIMENTO
<b>CA</b>	<b>24</b>		<b>Alguém recebeu um pagamento em dinheiro alternativo ou serviços não monetários de qualquer condado ou estado? Se "SIM", preencha abaixo:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
			NOME	CONDADO/ESTADO	VALOR RECEBIDO \$ _____	INDIQUE OS SERVIÇOS RECEBIDOS
					VALOR ESTIMADO DOS SERVIÇOS \$ _____	DATA DE RECEBIMENTO

**CA FS (25) Algum pai/mãe morando na residência trabalhou ou esteve em treinamento nos últimos 24 meses?**  SIM  NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

- Inclua todos os trabalhos feitos dentro e fora dos Estados Unidos (EUA).
- Inclua os trabalhos feitos em troca de itens que não sejam dinheiro, como aluguel, alimentos, serviços público e municipais ou **qualquer outro item**.
- Comece com o trabalho ou treinamento mais recente de cada pessoa.

**COUNTY USE ONLY**

PE/UIB Requirements  
Earnings from month prior to month of application

App Date: \_\_\_\_\_

Earnings from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

MO/YR (25) A (25) B

**A. NOME**  SIM  NÃO

ELE/ELA É NATIVO-AMERICANO(A)?  SIM  NÃO

SE "SIM", INFORME A TRIBO: \_\_\_\_\_

Nome e endereço do empregador ou programa de treinamento	Empregado Quando? MÊS DIA ANO	Valor Pago	Nome e endereço do empregador ou programa de treinamento	Empregado Quando? MÊS DIA ANO	Valor Pago
(✓) Marque se estiver trabalhando ou em treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	(✓) Marque se estiver trabalhando ou em treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
1. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	4. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
2. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	5. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
3. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	6. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente

**B. NOME**  SIM  NÃO

ELE/ELA É NATIVO-AMERICANO(A)?  SIM  NÃO

SE "SIM", INFORME A TRIBO: \_\_\_\_\_

Nome e endereço do empregador ou programa de treinamento	Empregado Quando? MÊS DIA ANO	Valor Pago	Nome e endereço do empregador ou programa de treinamento	Empregado Quando? MÊS DIA ANO	Valor Pago
(✓) Marque se estiver trabalhando ou em treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	(✓) Marque se estiver trabalhando ou em treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
1. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	4. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
2. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	5. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente
3. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente	6. <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Treinamento	De Para	\$ <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente

**FS (26) Todos os membros da residência com o Vale-Refeição são cidadãos dos Estados Unidos (EUA)?**  SIM  NÃO

Se "NÃO", preencha abaixo para cada membro da residência com o Vale-Refeição que **não é um cidadão dos EUA**.

Nome de cada não cidadão	A. Por quanto anos essa pessoa, seu cônjuge e/ou seus pais (antes de essa pessoa completar 18 anos) moraram nos EUA?	B. Morando nos EUA, por quantos dos anos informados na Coluna A essa pessoa, seu cônjuge e/ou seus pais (antes de essa pessoa completar 18 anos) ganharam dinheiro trabalhando nos EUA?	C. Morando fora dos EUA, por quantos anos essa pessoa, seu cônjuge e/ou seus pais (antes de essa pessoa completar 18 anos) trabalharam nos EUA?
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$

(25) A B

Tribal JOBS Referral

UIB Verif(s) on file

Must apply for UIB

**CA FS MC (27) Alguém prestou serviço militar aos EUA ou é cônjuge, pai/mãe ou filho(a) de uma pessoa que prestou serviço militar?**  SIM  NÃO

Se "SIM", preencha abaixo:

Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months

UIB Ineligible Reason:

NOME	CIDADÃO DOS EUA	(✓) STATUS	DISPENSA HONROSA	RAMO DE SERVIÇO	DATA DE SERVIÇO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MILITAR EM SERVIÇO/VETERANO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE, PAIMÃE OU FILHO(A) DE MILITAR EM SERVIÇO/VETERANO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MILITAR EM SERVIÇO/VETERANO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE, PAIMÃE OU FILHO(A) DE MILITAR EM SERVIÇO/VETERANO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

(26)

FS:  40 Quarters Verif.

(27)

CW 5  
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.  
 YES  NO

**COUNTY USE ONLY**

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

\*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

**CA (28) A. Alguém, incluindo crianças, recebe ou espera receber dinheiro de uma das fontes indicadas abaixo? Marque (✓)**  
**FS** "SIM" ou "NÃO" para cada item.  
**MC**

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Emprego para Estudantes (Work Study), Assistência Social para o Trabalho ou outro programa			Rendimentos relacionados à educação para veteranos (VA)		
Outro pagamento para treinamento			Auxílio e Ajuda a Veteranos		
Subvenções escolares, empréstimos e bolsas escolares			Seguro Social para deficientes ou rendimentos suplementares de seguro/pagamentos suplementares do estado (SSI/SSP)		
CalWORKs/Auxílio em Dinheiro de outro estado			Rendimentos para veteranos com deficiência		
Assistência para Refugiados (RCA)			Rendimentos para aposentados com deficiência que trabalham em ferrovias		
Programa de Assistência Monetária para Imigrantes (CAPI)			Outros rendimentos por deficiência das agências federais, estaduais ou locais		
GA/GR (Programa de Assistência Geral)			Outra licença não governamental por incapacidade ou doença		
Compensação dos funcionários			Seguro Social para aposentados ou sobreviventes		
Pensão alimentícia para filho/esposa ou dinheiro para despesas médicas e prêmios			Aposentados que trabalham em ferrovias		
Benefícios gerados por greves			Outros rendimentos por aposentadoria das agências federais, estaduais ou locais		
Empréstimos, presentes, contribuições			Outros rendimentos por aposentadoria não governamentais		
Quantias de seguro ou jurídicas/ações legais pendentes			Pagamentos per capita		
Venda de notas, contratos, escrituras de fideicomisso, notas promissórias			Ganhos com jogos (apostas/loteria/bingo, prêmios etc.)		
Designação militar ou pensão			Outro (explique)		

**COUNTY USE ONLY**

- Casualty Unit Notified
- CWC 6041
- DHS 6155
- Verif(s) on File
- Explain Anticip. Income
- Workers Comp:
  - Temporary
  - Permanent

Se "SIM", preencha abaixo:

NOME	FONTE	(VALOR RECEBIDO ANTES DAS DEDUÇÕES)	QUANDO	FREQÜÊNCIA
		\$		
		\$		

(✓) if exempt

CA	FS	MC

**CA B. Alguém espera uma alteração na quantidade de dinheiro recebida agora, como aumento do custo de vida?**  
**FS** Se "SIM", preencha abaixo:  
**MC**

NOME	EVENTO	VALOR \$	QUANDO

**CA (29) A. Alguém recebe habitação ou aluguel, serviços públicos e municipais, alimentos ou vestuário gratuitamente ou em troca de trabalho?**  
**FS** Se "SIM", preencha abaixo e marque (✓) se for gratuito ou em troca de trabalho:  
**MC**

ITEM RECEBIDO	Gratuito	Por Trabalho	PESSOA QUE RECEBE O ITEM	VALOR	PESSOA QUE FORNECE O ITEM
Habitação ou aluguel				\$	
Serviços públicos e municipais				\$	
Alimentos				\$	
Vestuário				\$	

In-Kind Income:

Verif. on file:  YES  NO

Partial	Full	Earned	Unearned

**CA (30) A. Alguém possui ou está comprando bens imobiliários, como terreno e/ou edifícios em qualquer lugar, inclusive fora dos EUA?**  
**FS** Se "SIM", preencha abaixo. Inclua terrenos e/ou edifícios cujo título seja compartilhado.  
**MC**

TIPO (TERRENO, UNIDADE DE CONDOMÍNIO, APARTAMENTO, CASA)	COMO VOCÊ UTILIZA A PROPRIEDADE? MARQUE (✓)	SIM	NÃO	PROPRIETÁRIO(S)	ENDEREÇO OU LOCALIZAÇÃO	VALOR DEVIDO	RENDIMENTOS POR ALUGUEL
	HABITAÇÃO					\$	\$
	ALUGUEL						
OUTRO (EXPLIQUE):							
	HABITAÇÃO					\$	\$
	ALUGUEL						
OUTRO (EXPLIQUE):							

Home Exempt Other Real Property  YES  NO

Market Value \$ \_\_\_\_\_

Amount Owed \$ \_\_\_\_\_

Net Value \$ \_\_\_\_\_

Lien Applicable  YES  NO

Listed for sale  YES  NO

---

Home Exempt Other Real Property  YES  NO

Market Value \$ \_\_\_\_\_

Amount Owed \$ \_\_\_\_\_

Net Value \$ \_\_\_\_\_

Lien Applicable  YES  NO

Listed for sale  YES  NO

**CA B. Alguém possui uma residência em que não mora atualmente e a qual espera retornar um dia?**  
**FS** Se "SIM", preencha abaixo:  
**MC**

PROPRIETÁRIO	ENDEREÇO DA PROPRIEDADE	DATA ESPERADA DE RETORNO (SE CONHECIDA)

Total countable property: Page 7 (List totals on page 9)

CA \$ \_\_\_\_\_

FS \$ \_\_\_\_\_

MC \$ \_\_\_\_\_

**CA FS MC 31 A.** Alguém, incluindo crianças, possui um dos recursos pessoais ou comerciais a seguir? Marque (✓) "SIM" ou "NÃO" para cada item. Inclua todos os recursos possuídos, usados, controlados ou compartilhados ou possuídos em conjunto com outra(s) pessoa(s) (mesmo que apenas por conveniência). O condado determinará se os recursos serão ou não levados em consideração.

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Dinheiro (em mãos ou outro lugar)			Fundos de fideicomisso (disponíveis ou não)		
Cheques não depositados (em mãos ou outro lugar)			Notas, hipotecas, escrituras de fideicomisso, contratos de venda etc.		
Poupança - de crianças e adultos			IRA (Conta Individual de Aposentadoria) ou planos Keogh etc.		
Contas correntes - movimentadas ou não			Fundos de aposentadoria que ficarão disponíveis se você parar de trabalhar (como PERS - Sistema de Aposentadoria para Funcionários Públicos etc.)		
Contas de união de crédito			Planos de compensação diferida de funcionário		
Ações, títulos, certificados de depósito, contas do mercado de dinheiro etc.			Seguro de vida ou pensão anual		
Direitos sobre exploração de petróleo, mineração ou minérios			Direito de herança em vida sobre uma propriedade		
Fideicomissos para enterros ou contratos, seguros, fundos designados para enterros/dinheiro para lotes, caixões ou outros itens em cemitérios			Seguro para cuidados a longo prazo		
Devolução de imposto de renda			Saldo em dinheiro de EBT (Transferência Eletrônica de Benefício) de um mês anterior		
			Outro (explique)		

Se "SIM", preencha abaixo.

RECURSO	COMERCIAL	PROPRIETÁRIO	Nº DA CONTA/APÓLICE	NOME E ENDEREÇO DO BANCO ETC.	VALOR ATUAL
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				\$
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				\$
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				\$

**CA FS MC 32 B.** Alguém recebe ou espera receber dinheiro de um dos recursos acima, como juros, dividendos etc.?  SIM  NÃO  
Se "SIM", preencha abaixo:

NOME	FONTE DE RENDA	VALOR	FREQÜÊNCIA	COMERCIAL
		\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

**MC 32** Existe algum gravame registrado ou você assinou um convênio de garantia com um médico, clínica ou hospital contra qualquer propriedade possuída por você ou membro da família e que seja usada como garantia por serviços médicos?  SIM  NÃO  
Se "SIM", preencha abaixo:

GRAVAME OU VALOR SEGURADO	TIPO E LOCAL DA PROPRIEDADE	DATA E TIPO DE CUIDADOS MÉDICOS RECEBIDOS/A RECEBER	NOME DO PROVEDOR
\$			
\$			

**MC 33 A.** Alguém possui propriedades pessoais, como:  SIM  NÃO

- Barcos sem motor, trailers desacoplados, trailers sem motor.
- Armas; ferramentas; ou equipamento esportivo etc.
- Animais de estimação ou bens semoventes para uso pessoal.
- Jóias, obras de arte, antiguidades, coleções, câmeras fotográficas, equipamento musical (pianos, violões, amplificadores etc.).

Se "SIM", preencha abaixo: Não inclua anéis de noivado, alianças ou objetos herdados. Liste jóias que valham mais de US\$ 100 e itens domésticos ou itens pessoais que valham mais de US\$ 500 cada.

ITEM	DISPONÍVEL PARA VENDA	VALOR DE COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO	ITEM	DISPONÍVEL PARA VENDA	VALOR DE COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$

**MC 33 B.** Alguém possui uma propriedade comercial, incluindo ferramentas, inventários e materiais, equipamento comercial, bens semoventes etc.? Inclua qualquer propriedade que seja compartilhada ou possuída em conjunto com outra(s) pessoa(s). Se "SIM", preencha abaixo:  SIM  NÃO

ITEM	DISPONÍVEL PARA VENDA	ITEM	ITEM	ITEM	DISPONÍVEL PARA VENDA	VALOR DE COMPRA OU VALOR ATUAL	VALOR DEVIDO
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	\$	\$

**COUNTY USE ONLY**

- Trust Fund/Not Court Ordered
- Court Petitioned Date \_\_\_\_\_
- Resource Verified: Explain how:

Total Value = \$ \_\_\_\_\_

- Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ \_\_\_\_\_
  - Revocable
  - Irrevocable
  - Designated Fund and Current Value \$ \_\_\_\_\_
- CA Restricted Account

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

Verified:  YES  NO

Lien Applicable:  YES  NO

Security Agreement:  YES  NO

MC 174 completed and sent:  YES  NO

- Owned Jointly
- Owned Separately

Personal Property \$500 + for Pickle Program

Insignificant Value for 1931(b)

Listed for sale (Specify):

Total Countable Property: Page 8 (List totals on Page 9)

CA \$ \_\_\_\_\_

FS \$ \_\_\_\_\_

MC \$ \_\_\_\_\_

Listed for sale (Specify):

CA MC **34** Alguém vendeu, gastou, trocou, transferiu ou cedeu qualquer propriedade real, como casa ou terreno; ou propriedade pessoal, como dinheiro, carros, contas bancárias, indenização por acordo legal ou acidente ou qualquer outro elemento? (Informe qualquer propriedade vendida ou trocada nos últimos 12 meses para o auxílio em dinheiro, 3 meses para o vale-refeição e nos últimos 2 anos e meio (30 meses) para o Medi-Cal). Se "SIM", explique abaixo o que e quando:  SIM  NÃO

CA MC **35** Alguém possui ou usa um veículo ou possui seu nome no registro de um veículo, como: automóvel, moto, moto especial para a neve, veículo de lazer, barco a motor etc., mesmo que não esteja funcionando? Se "SIM", preencha abaixo. Verifique o seu registro para obter os dados de cada veículo:  SIM  NÃO

	VEÍCULO (1)		VEÍCULO (2)		VEÍCULO (3)	
PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO						
NOME DA PESSOA QUE UTILIZA O VEÍCULO						
ANO/MARCA/MODELO						
NÚMERO DE LICENÇA						
VALOR ESTIMADO	\$		\$		\$	
VALOR DEVIDO	\$		\$		\$	
LICENCIADO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
ALUGADO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
COMO VOCÊ UTILIZA O VEÍCULO? Marque (✓) "SIM" OU "NÃO" PARA CADA ITEM.	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Como residência						
Para ir ao trabalho ou treinamento ou procurar emprego						
Para profissão autônoma, sustento próprio ou comercialmente						
Necessário para membro deficiente da residência						
Obter combustível ou água para a residência						
Somente para lazer						

**COUNTY USE ONLY**

Transfer of Assets:  
 CA in last 12 months  
 FS in last 3 months  
 Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY  
 Adequate Consideration  
 Spenddown  
 Total Nonexempt Property \$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:

Verifications viewed  
 Leased vehicle:  
 (1)  (2)  (3)  
 Pickle Program:  
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value  
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (3) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY - VEHICLES**

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).] (2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess and (D). Use Greater Value.

**(C) Fair Market Values-CA**

FMV			
Minus	Minus \$4,650	Minus \$4,650	Minus \$4,650
Excess Value			

**(D) Equity Values-CA**

FMV			
Minus Encumbrance			
Equity Value			

**MEDI-CAL**

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook): Is vehicle used:	(1)	(2)	(3)
	Exempt	Yes No	Yes No
	As a home		
	For self-employment		
To Go to Work or Medical Appointment			

TOTALS: VEHICLE CA

Excess Value \$ \_\_\_\_\_  
 Equity Value \$ \_\_\_\_\_

Grand Total Countable Property  
 (List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**CA 36 A. Alguém possui gastos com habitação?**  **SIM**  **NÃO**  
 Se "SIM", preencha abaixo:

GASTOS COM HABITAÇÃO	CUSTO TOTAL	VALOR PAGO	VALOR PAGO POR OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA/RESIDÊNCIA	FREQÜÊNCIA DE COBRANÇA
Aluguel	\$	\$	\$	
Pagamento da casa (hipoteca)	\$	\$	\$	
Impostos sobre propriedade (se não houver hipoteca)	\$	\$	\$	
Seguro (se não houver hipoteca)	\$	\$	\$	
Outro (explique)	\$	\$	\$	

**COUNTY USE ONLY**

Housing verified:  YES  NO  
 Total housing: \$ \_\_\_\_\_  
 Shared housing:  YES  NO

**CA FS B. Alguém paga todos os gastos ou parte dos gastos com habitação? Inclua um parente ou amigo que não mora na residência e qualquer programa de auxílio de aluguel, como o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Humano (HUD), habitação subsidiada pelo governo para pessoas de baixa renda (Section 8) etc. Se "SIM", preencha abaixo:**  **SIM**  **NÃO**

TIPO DE GASTO COM HABITAÇÃO	NOME DA PESSOA QUE PAGA	QUANTO CADA UM PAGA	FREQÜÊNCIA DE COBRANÇA
		\$	
		\$	

**FS 37 A. Alguém possui gastos com serviços públicos e municipais?**  **SIM**  **NÃO**  
 Se "SIM", marque todas as caixas abaixo que se aplicam.

Gás		Lixo	
Eletricidade		Esgoto	
Outro combustível (como propano, butano, madeira, carvão etc.)		Telefone/outros meios de comunicação, como Internet etc.	
Água		Outro (explique)	

Utilities verified:  YES  NO  
 Verification not required

**FS B. Você utiliza gás, eletricidade ou outro combustível para aquecimento ou ventilação?**  **SIM**  **NÃO**  
 Se "SIM", marque abaixo.

SERVIÇO	USADO PARA AQUECIMENTO OU VENTILAÇÃO?
Gás	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>
Eletricidade	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>
Outro Combustível	<input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>NÃO</b>

Utility allowance  
 SUA  
 LUA  
 TUA  
 None allowed

**FS 38 É possível autorizar outra pessoa da residência ou alguém de fora da residência a usar seus benefícios do vale-refeição e comprar alimentos para você. Se deseja autorizar alguém, preencha abaixo:**

NOME DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	ENDEREÇO	TELEFONE
		( )

F.S. I.D. Issued

<b>CA MC</b>	<b>39</b>	<b>Alguém recebeu tratamento médico/obstétrico no mês atual ou nos três meses anteriores ao atual?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>COUNTY USE ONLY</b>																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS</th> <th rowspan="2">MESES DE CUIDADOS</th> <th colspan="2">PAGAMENTOS FEITOS PARA CUIDADOS</th> <th colspan="2">DESEJA O MÉDICO PARA ESSES MESES?</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS	MESES DE CUIDADOS	PAGAMENTOS FEITOS PARA CUIDADOS		DESEJA O MÉDICO PARA ESSES MESES?		SIM	NÃO	SIM	NÃO													<b>Retroactive Application</b> <input type="checkbox"/> Retro Only <input type="checkbox"/> Retro and Cont. <input type="checkbox"/> MC 210A									
NOME DA PESSOA QUE RECEBE OS CUIDADOS	MESES DE CUIDADOS	PAGAMENTOS FEITOS PARA CUIDADOS			DESEJA O MÉDICO PARA ESSES MESES?																													
		SIM	NÃO	SIM	NÃO																													
<b>CA FS MC</b>	<b>40</b>	<b>Alguém possui cobertura MEDICARE?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MEDICARE referral  FS: <input type="checkbox"/> DFA 285-C Gross Premium \$ _____ <input type="checkbox"/> QMB <input type="checkbox"/> SLMB/QI <input type="checkbox"/> QDWI																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PESSOA COBERTA</th> <th rowspan="2">NÚMERO DE SOLICITAÇÃO MEDICARE</th> <th colspan="4" style="text-align: center;">(✓) COMO OS PRÊMIOS MENSIS SÃO PAGOS</th> </tr> <tr> <th>PARA</th> <th>VALOR DEDUZIDO DO CHEQUE</th> <th>VALOR POR CONTA PRÓPRIA</th> <th>OUTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"> </td> <td rowspan="2"> </td> <td>Parte A</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Parte B</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> </td> <td rowspan="2"> </td> <td>Parte A</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Parte B</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	PESSOA COBERTA	NÚMERO DE SOLICITAÇÃO MEDICARE	(✓) COMO OS PRÊMIOS MENSIS SÃO PAGOS				PARA	VALOR DEDUZIDO DO CHEQUE	VALOR POR CONTA PRÓPRIA	OUTRO			Parte A				Parte B						Parte A				Parte B					
PESSOA COBERTA	NÚMERO DE SOLICITAÇÃO MEDICARE	(✓) COMO OS PRÊMIOS MENSIS SÃO PAGOS																																
		PARA	VALOR DEDUZIDO DO CHEQUE	VALOR POR CONTA PRÓPRIA	OUTRO																													
		Parte A																																
		Parte B																																
		Parte A																																
		Parte B																																
<b>CA MC</b>	<b>41</b>	<b>Alguém possui seguros convênios médicos, odontológicos, oftalmológicos, de hospitalização ou de cuidados a longo prazo, como Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS etc.?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	State Certified LTC Policy: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> DHS 6155  Benefits Paid Out \$ _____																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEGURADORA</th> <th>PESSOA SEGURADA</th> <th>DATA DE VENCIMENTO</th> <th>VALOR DO PRÊMIO</th> <th>FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO				\$					\$																		
SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO																														
			\$																															
			\$																															
<b>CA MC</b>	<b>42</b>	<b>Alguém possui convênio médico fornecido por pai/mãe, empregado ou pai ausente que ainda não foi solicitado?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DHS 6155																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEGURADORA</th> <th>PESSOA SEGURADA</th> <th>VALOR DO PRÊMIO</th> <th>FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO			\$				\$																					
SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO																															
		\$																																
		\$																																
<b>CA MC</b>	<b>43</b>	<b>O convênio médico de qualquer pessoa está para ser encerrado ou foi encerrado nos últimos 60 dias?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> DHS 6155																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SEGURADORA</th> <th>PESSOA SEGURADA</th> <th>DATA DE VENCIMENTO</th> <th>VALOR DO PRÊMIO</th> <th>FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO				\$					\$																		
SEGURADORA	PESSOA SEGURADA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO PRÊMIO	FREQÜÊNCIA DE PAGAMENTO																														
			\$																															
			\$																															
<b>CA MC</b>	<b>44</b>	<b>Alguém possui uma deficiência causada por lesão ou acidente que dificulta o exercício de um trabalho ou tomar conta das próprias necessidades?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Third Party Liability																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NOME DA PESSOA</th> <th>TIPO DE PROBLEMA</th> <th>DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA</th> <th>DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	NOME DA PESSOA	TIPO DE PROBLEMA	DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA	DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA																												
NOME DA PESSOA	TIPO DE PROBLEMA	DATA DE INÍCIO DO PROBLEMA	DATA DE RECUPERAÇÃO ESPERADA																															
<b>CA FS</b>	<b>45</b>	<b>A. Alguém possui uma condição médica que exija qualquer um dos itens a seguir?</b> Marque (✓) "SIM" ou "NÃO" para cada item:		Verified: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Special Need: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Amount: \$ _____																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dieta especial prescrita por um médico</td> <td> </td> <td> </td> <td>Uso freqüente de serviços públicos e municipais</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Necessidades especiais de transporte</td> <td> </td> <td> </td> <td>Serviço de lavanderia especial</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Telefone especial ou outro equipamento</td> <td> </td> <td> </td> <td>Outros (especifique):</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Trabalho doméstico (ninguém mais na residência pode fazer isso)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO		SIM	NÃO	Dieta especial prescrita por um médico			Uso freqüente de serviços públicos e municipais			Necessidades especiais de transporte			Serviço de lavanderia especial			Telefone especial ou outro equipamento			Outros (especifique):			Trabalho doméstico (ninguém mais na residência pode fazer isso)							
	SIM	NÃO		SIM	NÃO																													
Dieta especial prescrita por um médico			Uso freqüente de serviços públicos e municipais																															
Necessidades especiais de transporte			Serviço de lavanderia especial																															
Telefone especial ou outro equipamento			Outros (especifique):																															
Trabalho doméstico (ninguém mais na residência pode fazer isso)																																		
		Se "SIM", explique:																																
<b>CA FS MC</b>	<b>B.</b>	<b>Existe uma criança ou pessoa deficiente na residência que precisa dos cuidados de outro membro da residência?</b> Se "SIM", explique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																															
<b>CA MC</b>	<b>C.</b>	<b>Alguém é uma pessoa deficiente que está trabalhando ou possui despesas médicas (cadeira de rodas etc.) que são necessárias para a pessoa conseguir trabalhar?</b> Se "SIM", preencha abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Receipts <input type="checkbox"/> MC 272 <input type="checkbox"/> MC 273  <input type="checkbox"/> IRWE (QMB and SGA) FS: <input type="checkbox"/> DFA 285-C																														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NOME DA PESSOA</th> <th>TIPO DE DESPESA</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </tbody> </table>	NOME DA PESSOA	TIPO DE DESPESA	VALOR			\$			\$																							
NOME DA PESSOA	TIPO DE DESPESA	VALOR																																
		\$																																
		\$																																
<b>CA FS</b>	<b>D.</b>	<b>Alguém está recebendo Serviços de Casa ou Cuidados Pessoais (IHSS)?</b> Se "SIM", quem recebe os serviços? _____ Quanto você paga por mês? \$ _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO																															

<p><b>CA 46</b> A residência deseja solicitar um pagamento para necessidades especiais de habitação ou itens domésticos essenciais perdidos ou danificados devido a circunstâncias repentinas e incomuns, como terremotos, incêndios ou inundações? Se "SIM", explique abaixo.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">COUNTY USE ONLY</th> </tr> <tr> <td style="width:80%;">Special Need Verified</td> <td style="width:20%; text-align: center;">YES NO</td> </tr> <tr> <td>Eligible for Special Need</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	COUNTY USE ONLY		Special Need Verified	YES NO	Eligible for Special Need														
COUNTY USE ONLY																				
Special Need Verified	YES NO																			
Eligible for Special Need																				
<p><b>CA FS 47</b> Algum membro da residência está evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional? Se "SIM", informe o nome da pessoa:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>																				
<p><b>CA FS 48</b> Você ou um membro da residência foi declarado culpado de um crime relacionado com entorpecentes? Se Não, vá para a pergunta 49.</p> <p>Se Sim, informe o nome: _____ Data da acusação: _____ .</p> <p>A acusação foi alguma das seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Transportar, importar para este estado, vender, fornecer, administrar, distribuir, possuir para venda, comprar com o propósito de venda, fabricar ou processar componentes com a intenção de fabricar uma substância controlada ou cultivar, colher ou processar maconha? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></li> <li>● Estimular, induzir, solicitar ou intimidar um menor para participar de qualquer uma das atividades acima? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></li> </ul> <p><b>Você ou algum membro de sua família:</b></p> <p>a) Concluiu um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></p> <p>b) Participou de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></p> <p>c) Inscreveu-se em um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></p> <p>d) Foi colocado em uma lista de espera de um programa de tratamento contra drogas reconhecido pelo governo? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></p> <p>e) Abandonou o uso de substâncias controladas e tem provas de que abandonou? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</span></p> <p>Se Sim, explique: _____</p>	<p>FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98</p> <p>Qualifying Drug Felon? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Meets felony conditions of eligibility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																			
<p><b>CA MC 49</b> Os seguintes serviços estão disponíveis. As respostas não afetarão a sua elegibilidade. Marque (✓) "SIM" ou "NÃO" para cada item.</p> <p>A. Check-ups regulares para ajudar a proteger a saúde da sua família estarão disponíveis, se necessário, através do Programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes (CHDP) aos membros elegíveis da sua família menores de 21 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja mais informações sobre os Serviços do CHDP? .....</li> <li>• Deseja receber os serviços médicos do CHDP? .....</li> <li>• Deseja receber os serviços odontológicos do CHDP? .....</li> <li>• Você precisa de ajuda para marcar consultas ou com transporte para os Serviços do CHDP? .....</li> </ul> <p>B. Deseja mais informações sobre vacinação? .....</p> <p>C. Se você estiver grávida, poderá receber ajuda para encontrar um médico, obter alimentos saudáveis e outros tipos de auxílios. Deseja falar com alguém sobre esse tipo de ajuda? .....</p> <p>D. Você está amamentando? .....</p> <p>Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses? .....</p> <p>Se você marcou "SIM" para (49) C ou D, poderá ser elegível aos serviços oferecidos pelo Programa de Nutrição Complementar para mulheres, bebês e crianças (WIC).</p> <p>E. Você ou qualquer membro da sua família deseja serviços de planejamento familiar gratuitos ou de baixo custo para auxiliar na prevenção de uma gravidez indesejada e/ou no nascimento de uma criança? Se "SIM", ligue para o seu convênio médico ou médico regular. Ou, para fatos e a localização de clínicas particulares de planejamento familiar, ligue gratuitamente para 1-800-942-1054.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">SIM</th> <th style="width:50%;">NÃO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SIM	NÃO																	<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHDP Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Social Services Referral (MCO)</p> <p><input type="checkbox"/> Referred for Immuniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5</p> <p><input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum</p> <p><input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given</p> <p><input type="checkbox"/> Referred Date:</p>
SIM	NÃO																			

## CERTIFICAÇÃO

### Compreendo que:

- Todos os dados fornecidos, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, serão conferidos junto aos registros locais, estaduais e federais, como empregadores, a Administração de Identidade Nacional, pagamentos de impostos, previdência, agências de auxílio ao desemprego, frequência escolar etc. No caso do auxílio em dinheiro e do vale-refeição, os registros serão conferidos junto às agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.
- Todos os fatos fornecidos, incluindo os fatos sobre benefícios e rendimentos, poderão ser revistos e verificados pelo pessoal do condado, estado e federação e, caso eu tenha fornecido dados incorretos, meu auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal poderão ser recusados ou interrompidos.
- Meu caso pode ser escolhido para revisões a fim de garantir que minha elegibilidade foi calculada corretamente e devo cooperar completamente com o pessoal do meu condado, estado ou federação durante qualquer investigação ou revisão, incluindo as revisões do controle de qualidade.
- O condado enviará os fatos para o Serviço de Imigração e Naturalização (USCIS) (antigo INS) para verificar o status de imigração e os fatos fornecidos ao condado pelo USCIS poderão afetar a minha elegibilidade ao auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal completo. No entanto, se eu estiver solicitando somente o Medi-Cal E não for (a) um não cidadão com residência legal permanente (LPR), (b) um estrangeiro sob anistia com um I-688 válido e atual ou (c) um não cidadão com residência permanente nos Estados Unidos a critério governamental (PRUCOL), o condado não enviará os fatos ao USCIS.
- Devo solicitar e manter qualquer cobertura médica disponível se nenhum custo estiver envolvido; caso não faça isso, meu Medi-Cal será recusado ou interrompido.
- Eu ou qualquer membro da minha família terão de devolver qualquer auxílio em dinheiro que não deveria ter sido pago.
- A residência com Vale-Refeição, qualquer membro adulto da residência com Vale-Refeição (mesmo que se mude para outro lugar), o patrocinador de um não cidadão membro da residência ou o representante autorizado dos residentes em uma instituição elegível terá de devolver quaisquer benefícios que a residência não deveria ter recebido.
- Qualquer membro da minha residência que esteja evitando ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional não poderá receber auxílio em dinheiro ou vale-refeição.
- Nenhum membro da residência acusado de crime relacionado a drogas depois de 22 de agosto de 1996, por posse, uso, produção, venda, distribuição de substância controlada ou qualquer atividade em conexão a esses atos ilegais, cultivo, colheita ou processamento de maconha ou por envolver um menor nas atividades acima poderá receber benefícios do vale-refeição.
- Para o auxílio em dinheiro e vale-refeição, o condado exigirá que eu e certos membros da residência forneçamos nossas impressões digitais e imagem fotográfica. Meus benefícios poderão ser recusados ou interrompidos se eu não cooperar.

### Também compreendo que:

Sofrerei penalidades de desqualificação e/ou fraude à assistência social se fornecer intencionalmente fatos incorretos ou falhar ao relatar todos os fatos ou situações que afetem minha elegibilidade ou benefícios de auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal.

### Para Auxílio em Dinheiro:

- Se eu não seguir as regras de auxílio em dinheiro, poderei ser multado em até US\$ 10.000 e/ou enviado à prisão por 3 anos. E meu auxílio em dinheiro poderá ser interrompido:
  - Pela não informação de todos os fatos ou fornecimento de fatos errados: 6 meses na primeira ofensa, 12 meses na segunda ofensa ou permanentemente na terceira; e, no caso de Assistência Monetária para Refugiados (RCA), 3 meses para a primeira ofensa e 6 meses para qualquer outra ofensa posterior.
  - Pelo envio de uma ou mais solicitações para obter auxílio em mais de um caso no mesmo período: 2 anos na primeira acusação, 4 anos na segunda ou permanentemente na terceira.
  - Pela acusação de roubo para obter auxílio: 2 anos para o roubo de valores menores que US\$ 2.000; 5 anos para valor de US\$ 2.000 a US\$ 4.999,00; e permanentemente para valores iguais ou maiores que US\$ 5.000.
  - Pelo fornecimento ao condado de uma prova falsa de residência a fim de obter auxílio em dois ou mais condados ou estados ao mesmo tempo; fornecimento ao condado de fatos errados sobre uma criança inexistente ou inexistente; recebimento de mais de US\$ 10.000 em benefícios em dinheiro por meio de fraude; pela condenação pela terceira vez por fraude em um tribunal ou audiência administrativa: permanentemente.

### Para Vale-Refeição:

- Se eu não seguir as regras do vale-refeição intencionalmente, meu vale-refeição poderá ser interrompido por 12 meses na primeira violação, 24 meses na segunda e permanentemente na terceira. E poderei ser multado em até US\$ 250.000 e/ou enviado à prisão por 20 anos.
- Se for considerado culpado em um tribunal porque:
  - Troquei ou vendi os benefícios do vale-refeição por armas de fogo, munição ou explosivos, o meu vale-refeição poderá ser interrompido permanentemente na primeira violação.
  - Troquei ou vendi os benefícios do vale-refeição por substâncias controladas, o meu vale-refeição poderá ser interrompido durante 24 meses na primeira violação e permanentemente na segunda.
  - Troquei ou vendi os benefícios do vale-refeição no valor de US\$ 500 ou mais, o meu vale-refeição poderá ser interrompido permanentemente.
  - Enviei duas ou mais solicitações ao mesmo tempo para obter os benefícios do vale-refeição ou forneci uma identidade ou informações de residência falsas ao condado, o meu vale-refeição poderá ser interrompido por 10 anos.

**Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas nesta declaração dos fatos são verdadeiras, corretas e estão completas.**

ASSINATURA (PAI/MÃE OU GUARDIÃO COM ALGUM PARENTESCO, CANDIDATO AO MEDI-CAL, MEMBRO ADULTO DA RESIDÊNCIA COM VALE-REFEIÇÃO OU REPRESENTANTE AUTORIZADO DO VALE-REFEIÇÃO)	DATA		
ASSINATURA (OUTRO PAI/MÃE MORANDO NA RESIDÊNCIA, NO CASO DE AUXÍLIO EM DINHEIRO)	DATA	ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU PESSOA REPRESENTANDO O CANDIDATO/PARTICIPANTE	DATA

COUNTY USE ONLY																					
ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED						ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED						FOOD STAMP TESTS									
		CA		FS		MC				CA		FS		MC			YES	NO	NA		
		YES	NO	YES	NO	YES	NO			YES	NO	YES	NO	YES	NO						
Residency								Property/Resources—Within limits													
Deprivation								Work participation													
Age								FSET													
Immunizations								ABAWDs													
Citizen/Eligible noncitizen								CFAP													
School enrollment								Sponsored noncitizen													
Pregnancy verif./ WIC Referral								Federal participation established (If "NO", explain)													
SSN								Referred for Health Care Options (HCO) Presentation													
Income—Applicant/ Recipient test(s)																					
SFIS																					
TANF Time Limits																					
CalWORKs Time Limits																					

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> REDETERMINATION	<input type="checkbox"/> DIVERSION <input type="checkbox"/> EXEMPT MAP	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE